Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wollenberg.)

Meralgia paraesthetica oder Bernhardtsche Sensibilitätsstörung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

bei der

Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Johannes Günther,
Volontärassistent am Allerheiligen-Hospital in Breslau.

Breslau 1925.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Kehrer.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Auf eine isolierte Erkrankung des Nervus cutaneus femori externus haben Bernhardt und Roth die Aufmerksamkeit gelenkt. Sie zeigten, daß Schmerzen, Parästhesien und Gefühlsstörungen im Gebiete dieses Nerven nicht so selten vorkommen. Über die Ätiologie dieser Affektion werden in der Literatur verschiedene Angaben gemacht. Bernhardt beschuldigt die verschiedenen Infektionskrankheiten und von diesen vor allem den Typhus abdominalis. Unmittelbar nach einer Lungenentzündung sah v. Nartovski einmal dieses Leiden entstehen. Von einem Tabiker, der das gleiche Leiden hatte, berichtet Bernhardt, und Haskovec beobachtete es bei einem Manne, der sich in der Jugend an Lues infiziert hatte. Daher rät Bernhardt, in jedem Falle einer derartigen Neuralgie sorgfältig zu untersuchen, da dieselbe leicht eine schwere Nervenerkrankung begleiten könne. Andere Autoren (Freud, Hedenius, Grod) stellten eine gleichartige Störung nach Erkältung und Anwendung von kalten Duschen fest. Warda berichtet über einen Patienten, der an einer Perityphlitis erkrankte und dauernd einen Eisbeutel auf die Ileocoecalgegend erhielt. Nach ein paar Tagen stellten sich allmählich ziehende Schmerzen im ganzen Gebiet des Nervus cutaneus femoris externus ein. Ganz geringe Parästhesien haben in diesem Gebiete schon vor der Perityphlitis bestanden. Warda glaubt nun, daß die Kälteeinwirkung, wenn auch der Eisbeutel vorwiegend die rechte Hälfte des Abdomens gedeckt hat, genügte, um den linksseitigen, schon vorher nicht ganz intakten Nerven

zu schädigen. Angestrengtes und vieles Stehen hatte Köster zum ersten Male als ätiologisches Moment bei einem Kranken hervorgehoben, der bei der Besichtigung von Museen und Ausstellungen durch längeres Umherstehen beschäftigt war. Adler sah dieses Leiden bei einem Postbeamten, dessen Beschäftigung die Ordnung der Briefe in einem Eisenbahnwagen war, und welcher bei der Beschäftigung nur wenige Schritte hin- und herging. Die Wirkungsweise haben Adler und Born in dem anatomischen Verhalten des N. c. f. ext. erblickt, welches sie in folgender Weise charakterisieren: Der Nerv verläuft nach seinem Durchtritt unter dem Poupartschen Bande einige Zentimeter in einer von der hier äußerst straffen Fascia lata gebildeten Scheide. Die letztere stellt im Zusammenhang mit dem von der Spina ilei anterior superior nach der Tuberositas tibiae ziehenden Ligamentum ileotibiale, einer besonders starken Partie der Fascia lata. Beim Sitzen wird dieser Fascienstreifen vollkommen entspannt. Beim Stehen aber auf beiden oder auf einem Beine als Standbein tritt immer zugleich mit Spannung des Ligamentum ileo-femorale eine Spannung dieses Fascienzuges auf. Es dürfte der in der Fascienröhre eingeschlossene Nerv bei andauernder Spannung des Fascienstreifens einen Druck erleiden und hierin möglicherweise das schädigende Moment des Stehens gelegen sein. Näcke hat dieses Leiden an sich selbst beobachtet und gibt ein Trauma als Ursache an. v. Luzenberger, der an der gleichen Affektion litt, stieß sich heftig mit dem linken Oberschenkel an eine scharfe Kante seines Schreibtisches. Die Quetschung war stark und die Spuren dauerten einige Tage an. Fünf Jahre später erkrankte er an einer Tonsillitis follicularis, die in drei Tagen heilte. Während der Rekonvaleszens fiel es ihm auf, daß eine handtellergroße Stelle am linken Oberschenkel Sitz eines eigentümlichen Gefühls war. Nach Ansicht von v. Luzenberger ist nicht die Gelegenheitsursache das Trauma, diese zeichnet nur in die betreffende Region die wunde Stelle ein. Das feine Nervengeflecht hat unter der Hautmuskelquetschung

und deren Folgen Strukturveränderungen erlitten, die es besonders empfindlich machen für Vergiftungserscheinungen mit den starken Sekretionsprodukten ihrer Mikroorganismen, um in demselben eine Neuritis hervorzurufen. Auf diese Weise erklärt sich v. Luzenberger, wie Bernhardt in den Krankheitsursachen Typhus registriert, denn anders ließe sich nicht einsehen, warum diese Infektionskrankheit speziell diesen Nerven herausgewählt hätte. Benda dagegen hält die von v. Luzenberger angeführte ätiologische Erklärung für nicht zutreffend. Selbst wenn die Angina eine diphtherische gewesen sein sollte, so wäre doch eine so schnelle Einwirkung des Giftes auf das periphere Nervensystem (die Affektion zeigte sich bereits einige Tage nach dem Beginn der Halsentzündung) nicht anzunehmen, selbst wenn man eine Prädisposition, geschaffen durch das fünf Jahre zurückliegende Trauma, annehmen wollte. In der Publikation von Freud wird die Vermutung von Breuer ausgeführt, nach der eine Schädigung des oberflächlichen Nerven, namentlich bei abnormem Sitz desselben, durch den Druck von Kleidungsstücken hervorgerufen werden kann. Der N. c. f. ext. verläuft normalerweise unmittelbar neben der Spina ant. sup. des Darmbeines zwischen zwei Blättern des ligamentum inguinale externum. Gleichzeitig berichtet Freud in diesem Zusammenhange, daß bei einer Resektion der N. c. f. ext. 3 cm nach außen vom Darmbeinstachel verlaufend gefunden wurde. Dieselbe Ursache vermutet Benda bei einem seiner Patienten, der seit 30 Jahren statt der Hosenträger einen schmalen, fest anschließenden Riemen um die Hüften trug. Er hält es nun für möglich, daß der Druck des Riemens den Reizzustand unterhält. Man könnte einwenden, daß, wenn die Breuersche Ansicht richtig wäre, die betreffende Affektion am häufigsten bei Frauen vorkommen müßte, wo die Rockbänder einen steten Druck ausüben. Unter den publizierten Fällen befinden sich zwar weniger Frauen, es wäre aber leicht möglich, daß die fragliche Affektion trotzdem bei Frauen häufiger vorkommt. Sie mag teilweise an denselben, die an Be-

schwerden aller Art gewöhnt sind, als unbedeutend übersehen werden, andererseits mag die Parästhesie vom Arzt als hysterische Erscheinung gedeutet und daher nicht weiter beobachtet werden. Nawratzki hatte bei einem Manne, der eine Sensibilitätsstörung im Bereiche beider N. c. f. ext. hatte, beide Nerven bei der Obduktion herauspräpariert und mikroskopisch untersucht. Er stellte fest, daß die anatomischen Veränderungen eine Stütze für die Annahme einer mechanischen Schädigung als Entstehungsursache der Nervenerkrankung lieferten, da das Zentrum der Veränderungen an derjenigen Stelle gelegen ist, an welcher der Nerv dem Druck und Zug am meisten ausgesetzt erscheint. Wenn trotzdem die Affektion vielleicht nicht so oft vorkomme, wie es bei der exponierten Lage des Nerven anzunehmen sei, so liege das, abgesehen von der Möglichkeit eines Übersehens der Erkrankung, auch wohl an der Lage des N. c. f. ext. zum Knochengerüst. Die Entfernung der Umschlagtselle — d. h. derjenigen Stelle, mit welcher der Nerv der spin. il. ant. sup. anliegt — von der spin. il. ant. sup. ist nämlich sowohl bei den verschiedenen Individuen als auch bei derselben Person je nach rechts oder links verschieden. Aus diesen Lagerungsverhältnissen will Nawratzki 1. das nicht seltene Vorkommen einer einseitigen Nervenaffektion erklären, 2. eine mehr oder weniger große Disposition zur Erkrankung des N. c. f. ext. folgern. Glorieux sah dieses Leiden bei einem Manne, der ausgesprochene Plattfüße hatte, und bei einer hysterischen Patientin. Auch beim Diabetes mellitus ist es beobachtet worden. Einige Autoren (Traugott, Haskovec, Schlesinger) betonen, daß die Bernhardtsche Sensibilitätsstörung mitunter auf uratischer Grundlage entstehe. Eine große Anzahl von Patienten, die mit dieser Affektion behaftet waren, waren sehr fettleibig und Alkoholiker; ferner zeigten viele große Disposition für Neuralgien und rheumatische Beschwerden. Haskovec hält die Krankheit für eine Paraneuritis, zu deren Bildung drei Momente mitwirken: die anatomischen Bedingungen, die nervöse Disposition, der

agent provocateur — Trauma, Infektion, Intoxikation, namentlich Autointoxikation —. In einem Falle von Hedenius war vielleicht eine Einspritzung in der Nähe der Spin. il. ant. sup. von Bedeutung gewesen. Erb und Curschmann sahen die Kombination einer Meralgia paraesthetica beim intermittierenden Hinken. Zu erwähnen wäre noch, daß John Herr Musser und Joseph Sailer in zwei selbst beobachteten Fällen eine direkte Übertragung von Vater auf Sohn gesehen haben. Auch Alter und Geschlecht scheinen in der Ätiologie dieser Affektion eine Rolle zu spielen. Schlesinger berichtet, daß unter 122 in der Literatur mitgeteilten und eigenen Beobachtungen 88 Männer und 24 Frauen betreffen. Unter 96 Fällen mit Altersangabe sind 11 über 60, 2 über 70 Jahre. Im allgemeinen scheint das Leiden in den mittleren Lebensjahren aufzutreten. In 23% der Fälle gelangte eine doppelseitige Affektion zur Beobachtung. Schlesinger hält die Krankheit für sehr häufig, da viele Ärzte ganze Serien von Fällen publiziert haben.

Die Symptome der Meralgia paraesthetica sind nicht immer die gleichen. In einem Falle von Bernhardt war die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit wohl erhalten, die Temperaturempfindung etwas herabgesetzt, nur nach längerem Gehen stellten sich bei diesem Manne brennende Schmerzen ein. In einem anderen Falle bestand eine gewisse Unempfindlichkeit, derbes Anfassen der Haut oder der darunter gelegenen Muskulatur wurde schmerzhaft empfunden, in einem dritten Falle zeigte sich das Gefühl der Unempfindlichkeit und Taubheit besonders ausgeprägt. Über spontan in der Ruhe auftretende Schmerzanfälle wurde nicht geklagt, die Motilität des Beines als solche blieb unversehrt, der Allgemeinzustand war stets ein befriedigender, Störungen im Bereiche der Blase oder Darmfunktion bestanden nicht, und doch waren die betreffenden Individuen beunruhigt, da sie in ihren Beschwerden den Beginn eines ernsteren fortschreitenden Nervenleidens zu sehen glaubten. Die objektiv nachzuweisenden Sensibilitäts-

störungen waren stets nur wenig erheblicher Natur, eine wahre Anästhesie bestand in keinem Falle. In den Fällen von Hedenius war die Sensibilität für Berührung und der Drucksinn herabgesetzt, jedoch in wechselnder Stärke. Tiefer Druck war auf dem anästhetischen Gebiete mit Ausnahme eines Falles schmerzhaft. Die Empfindlichkeit war in der Mitte der anästhetischen Partie immer am stärksten ausgesprochen, wo gleichzeitig die Auffassung der leichten Berührung am meisten gestört war. Was den Schmerzsinn betrifft, so war in drei Fällen deutliche Hyperalgesie vorhanden, in zwei Fällen dagegen ausgesprochene Analgesie. Bei sämtlichen drei Fällen mit Hyperalgesie konnten Kopf und Spitze einer Nadel nicht unterschieden werden. Der Meinung des Referenten nach müssen wir deshalb auch trotz der subjektiven Hyperalgesie eine bedeutende Herabsetzung des Schmerzsinnes annehmen. Verspätung des Schmerzsinnes und Summation des Reizes wurden in zwei Fällen gefunden. Bei sämtlichen Fällen war der Wärmesinn abgestumpft oder ganz verschwunden, höhere Temperaturgrade wurden nur als Schmerz aufgefaßt. Ein Patient von v. Nartowski empfand ein sehr unangenehmes Kribbeln, Taubsein und Stechen, welches beim Herumgehen sehr schmerzhaft war, dabei war besonders die Ortswahrnehmung bedeutend herabgesetzt. Ein anderer Kranker war verhindert, die betroffene Seite während des Schlafes zu benutzen, da er gleich ein unangenehmes Gefühl, dann Kribbeln und Schmerzen bekam. Bei einer Frau traten bei starkem Druck auf die befallene Partie die unerträglichsten Schmerzen auf. Es kam aber zur Linderung derselben, wenn der Druck länger dauerte. Bei einem anderen Kranken waren die Schmerzen oft so gewaltig, daß er keine Ruhe beim Gehen, Stehen und Liegen finden konnte, er warf sich im Bette hin und her. In diesem Falle war nur das Temperaturgefühl ganz normal, Quetschen von Hautfalten zwischen den Fingern war ganz schmerzlos. In einem anderen Falle war besonders eine ziemlich starke Verminderung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln auf-

fallend. Näcke schildert eingehend die an sich selbst beobachteten Symptome. Zuerst machte sich bei ihm ein gewisses Ziehen bemerkbar. Besonders bei bestimmten Beinstellungen und nach längerem Gehen oder Stehen hatte er das Gefühl, als ob die Muskeln verkürzt oder die Fascie abnorm gespannt wären, nie aber Schmerz, ebensowenig bei Druck. Wenn er mit der Hand über die Oberschenkel fuhr, schien es ihm, als ob diese Stelle abgestorben, pelzig, als ob eine fremde Haut ausgespannt sei. Ungefähr 1¼ Jahr nach Beginn des Leidens hielt er sich wieder für definitiv geheilt. Einige Jahre später machte sich zuerst nach längerem Gehen ein wirkliches Ameisenkriechen bemerkbar, namentlich im Bett beim Ausstrecken des Beines, vorzüglich beim Rotieren nach außen. Diese Parästhesie verschwand bald wieder. Nach ungefähr einem halben Jahre verspürte er im Bett beim strammen Ausstrecken der Beine, besonders bei Rotation nach innen, eine deutliche Parästhesie. Erst war es ihm, als ob die betreffende Gegend mit warmem Wasser bespült wurde, dann aber empfand er deutlich kleine, aber nicht unangenehme Stiche, aber nur kurze Zeit. Noch zweimal stellten sich solche Attacken von nicht unangenehmem Stechen von oben außen bis gegen das Knie ein. Freud empfand besonders das Reiben an dieser Stelle sehr unangenehm. Er betont besonders, daß keine anatomische oder Funktionsstöurng des betreffenden Beines sich dabei findet. Die Affektion war einerseits regressiv, andererseits progredient. Regressiv insofern, als er von dieser Parästhesie schon weit mehr belästigt wurde als zur Zeit der Publikation. Progredient aber insofern, als die Parästhesie zuerst an einer Hautstelle hoch oben näher dem Becken saß und erst allmählich in tieferen Partien herabgerückt ist. Nadelstiche würden an dieser Stelle spitzer empfunden. Die Temperaturempfindung war am stärksten und im größeren Umfange geschädigt, warm wurde schlechter verspürt als kalt. v. Luzenberger hatte an dieser Stelle das Gefühl, als ob die Stelle bandagiert wäre. Etienne Escat beobachtete in einem Falle, daß die Par-

ästhesien beim schnellen Gehen verschwanden, während sie beim Stehen wieder etwa nach einer Viertelstunde auftraten. Von einem Patienten, bei dem beim Stehen ein plötzlich auftretendes Gefühl von Spannung und Taubsein auftrat, verbunden mit einer Empfindung der Berührung mit heißem Wasser oder glühendem Metall, berichtet Köster. Bei einiger Schonung verschwanden die Schmerzen. Erst nach 14 Jahren traten dieselben Beschwerden so intensiv auf, daß Patient nicht einmal den geringen Druck des in der Beinkleidtasche befindlichen Schlüsselbundes zu ertragen vermochte. Bei Benda wird das Gefühl mit dem Brennen des Senfteiges verglichen. Wenn Patient den Oberschenkel streichte, so hatte er das Gefühl, als ob er mit rohem Fleisch darüber hinfahre. In einem Fall von Adler trat bei Druck auf die befallene Stelle Hitzegefühl und starkes Summen in der Haut auf. Warda veröffentlicht einen Fall, bei dem im Gebiet des N. c. f. ext. anfallsweise ganz spontan 1—2 Min. anhaltende dumpfe und heftige Schmerzen auftraten. Druck auf den Nerv direkt unter der Spina ant. sup. oss. ilei erzeugte in seinem Ausbreitungsgebiet durchschießenden Schmerz. Der Nerv war an dieser Stelle deutlich fühlbar, während er auf der anderen Seite nicht mit Sicherheit zu tasten war. Good konnte in seinem Falle eine ziemliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln und der Nerven für alle Stromarten nachweisen, hingegen keine Entartungsreaktion. Im linken betroffenen Bein wurde der Kranke rascher müder als im rechten. Die Schmerzen wurden abends mit der Ermüdung immer intensiver. Die taktile Sensibilität mit dem Weberschen Zirkel gemessen war links auf die Hälfte herabgesetzt gegen rechts. Auch waren immer zur Erregung einer Zuckung links stärkere Ströme notwendig, wie an derselben Stelle des anderen Beines. Paul Claisse betont, daß Bewegungen und Kälte die Beschwerden wesentlich steigern. Glorieux dagegen sah bei längerem Gehen oder durch Knie- und Hüftbeugungen die Beschwerden oft verschwinden. Haskovec hebt besonders die Hyperidrosis in dem Bezirk

hervor. Ein Furunkel im Bereiche der typischen Zone, welcher keinerlei Tendenz zur Heilung zeigte, wurde vom Patienten garnicht schmerzhaft, sondern nur als Fremdkörper empfunden (Götz). Bei v. Liebers ließen die Symptomatologien und der Verlauf des Falles die Headschen Lehren, die sich auf periphere Nerven beziehen, nicht vollkommen richtig erscheinen. Zunächst zeigte es sich, daß auch bei neuritischer Affektionen rein kutaner Nerven genau so wie bei Läsionen die Tiefensensibilität (Druck, Druckschmerz) ungestört blieb. Was aber die oberflächliche Sensibilität anlangte, die Head in die protopathische Sensibilität (d. i. Schmerzempfindung für Nadelstiche und Temperatur unter 20° und über 38°) und epikritische Sensibilität (d. i. Watteberührungsvermögen, Unterscheidungsvermögen für mittlere zwischen 20° und 38° liegende Temperaturen und Vermögen, zwei Zirkelspitzen getrennt zu empfinden) teilt, so zeigten sich in dem vorliegenden Falle bei Beginn des Leidens die protopathische und epikritische Sensibilität in gleichem Umfange im gesamten Gebiete des N. c. f. ext. gestört, während Head die Störungen der protopathischen Sensibilität auf ein geringeres Gebiet als das anatomische Nervenausbreitungsgebiet ausgedehnt sah. Bei eintretender Besserung stellte sich die protopathische Sensibilität vollkommen, allerdings nur in einem beschränkten Gebiete des Nervenausbreitungsbezirkes wieder ein, während von der epikritischen Sensibilität zunächst nur ein Teil, nämlich das Empfindungsvermögen für Watteberührung, in demselben Gebiete wiederkehrte sowie das Differenzierungsvermögen für mittlere Temperaturen, nicht aber das Unterscheidungs vermögen für zwei Zirkelspitzen.

Die Prognose dieses Leidens ist abhängig vom Grundleiden, im allgemeinen ist sie günstig, doch ist das Leiden oft hartnäckig und lästig.

In therapeutischer Hinsicht werden Antineuralgica, Elektrotheraphie, Massage, Ableitungsmittel, Schwefelbäder, Heißluftbehandlung empfohlen. Einigemale ent-

schloß man sich zur Durchschneidung und Resektion des Nerven (Wandsbeck, Souques, Chiapault, Sollier, Manclais, Brisard, E. Bramwell) oder zur Durchschneidung des den Nerven komprimierenden inguinalen Bandapparates (Neißer-Pollack). Nach Lewandowski genügt die Durchschneidung nicht den Anforderungen einer kausalen Therapie. Eine operative Behandlung wird wohl nur auf die intensiveren Fälle beschränkt bleiben, da bei den meisten Meralgien der Schmerz durchaus nicht so heftig ist oder wenigstens bleibt wie bei den meisten anderen Neuralgien. Es ist eine sehr gewöhnliche Erscheinung, daß das Leiden spontan sich bessert und schließlich allein die parästhetische Hyperästhesie zurückläßt, die zuletzt keine besonderen Beschwerden mehr verursacht. Wesentlich ist nach Bernhardt die Beruhigung, welche man den oft ängstlichen und das Herannahen eines schweren Nervenleidens befürchtenden Kranken durch die Versicherung gewähren kann, daß das Leiden ein umschriebenes, in sich beschränktes, nicht fortschreitendes und in bezug auf das Leben sicher keine Gefahren herbeiführendes ist. v. Nartowski behandelte lokal mit dem faradischen Pinsel und verordnete innerlich Jodkali, wodurch er gute Erfolge erzielt hat. Morton erzielte eine völlige Heilung durch den konstanten Strom dadurch, indem Ka auf die Lenden- und Kreuzbeingegend, An auf die schmerzhaft parästhetischen Stellen, besonders auf die Durchtrittsstellen des erkrankten Nerven durch die Fascia lata, gesetzt wurde. Schon nach der dritten Sitzung wesentliche fortschreitende Besserung, nach der achten Sitzung Heilung.

Am 8. Mai 1922 suchte ein Mann die Poliklinik der Breslauer Universitäts-Nervenklinik auf, an dem folgender Befund erhoben wurde:

Poliklinische Untersuchung am 8. Mai 1922. Mit 17 Jahren Paraphimose; von Geschlechtskrankheiten nichts bekannt. 1916 zwischen Maschinen gestürzt, Quetschung der Oberarme und des Rückens, versuchte nach 14 Tagen zu arbeiten, wurde aber ohnmächtig. Es stellte sich links-

seitige Rippenfellentzündung heraus. Vier Monate behandelt, dann wieder gearbeitet. Seit drei Jahren Schmerzen im linken Bein, vom äußeren Fußrand zur Wade, Knie und Vorderseite des Oberschenkels reichend. An dieser Stelle Herabsetzung der Empfindung. Die Schmerzen im Bein „wie ewige Zahnschmerzen". Vor 14 Tagen Grippe mit Husten und Auswurf.

Befund:

Sehnenreflexe der Arme sehr lebhaft r = l. Desgl. Periostreflexe. Bauchdeckenreflexe beiderseits positiv. Patellarreflexe beiderseits lebhaft, Achillessehnenreflexe beiderseits positiv, Babinski negativ, Lasèque negativ, keine Vailleixschen Druckpunkte für Ischias, doch Nervenstämme überall an den Extremitäten druckempfindlich. Genügende grobe Kraft der Beine, l < r, keine Ataxie, Romberg negativ. Gang unauffällig. Sensibilität nicht gestört, nur im Bezirk des N. cut. fem. extern. Hypästhesie für Berührung, Warm und Kalt. Beugung, Einwärtsrollung und Adduktion des linken Oberschenkels (= Segment L 2 u. 3) nicht erkennbar herabgesetzt gegen rechts. Fundus o. B., Pupillen rund, Lichtreaktion positiv, Konvergensreaktion positiv. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Trigeminus und Facialis o. B., desgl. übrige Hirnnerven. Seit einigen Jahren fortschreitende Abnahme der Libido, der Erektions- und Ejakulationsfähigkeit.

Diagnose: Meralgia paraesthetica (Bernhardtsche Sensibilitätsstörung).

10. Mai 1922: Lumbalpunktion: liquor wasserhell, Druck nicht erhöht. Mikroskop. Zählkammer 1 Lymplocyt in 1 mm^3. Eiweiß nach Nissl 2½ Teilstrich, Nonne negativ. Wa. R. negativ. Blut: Wa. R. negativ.

13. Mai 1922: Entlassung.

Wenn man im vorliegenden Falle nach der Ätiologie des Leidens sucht, wird man zuerst geneigt sein, die Pleuritis in einen Zusammenhang zu bringen. Nach Angabe des Patienten sind nach der Rippenfellentzündung, an der er vier Monate behandelt worden ist, Schmerzen im linken

Bein zurückgeblieben, so daß wohl auch in diesem Falle die Infektionskrankheit als ätiologisches Moment angesehen werden kann. Daß der Unfall die Ursache des Leidens sein könnte, ist nicht anzunehmen, da eine Quetschung nur an den Armen und am Rücken stattgefunden hat. Man könnte daher auch nicht die Ansicht von v. Luzenberger vertreten, daß das Trauma in die betreffende Region eine wunde Stelle geschaffen hat für die folgende Infektion, da die Lumbal- oder Oberschenkelgegend bei dem Unfall nicht betroffen waren. Die seit einigen Jahren fortschreitende Abnahme der Libido, der Erektions- und Ejakulationsfähigkeit könnte auch die Aufmerksamkeit auf ein ernstes Nervenleiden lenken. Dagegen sprechen aber der allgemeine Nervenstatus und die Befunde der Lumbalflüssigkeit und des Blutes. Die Abnahme der Libido wird wohl mit dem Alter des Patienten, der bei der Untersuchung 57 Jahre war, zusammenhängen. Schließlich könnte man noch an eine Überanstrengung des Beines denken, da Patient als Werkmeister viel herumstehen muß. Die subjektiven Beschwerden — Schmerzen „wie ewige Zahnschmerzen“ — sind als solche noch nicht genannt worden. Der objektive Befund ergibt nichts Neues.

Literatur.

1. Lewandowski, Handbuch der Neurologie.
2. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
3. Bernhardt, Über isolierte im Gebiet des N. c. f. ext. vorkommende Parästhesie. Neurolog. Zentralblatt 1895, Nr. 6.
4. Meralgia paraesthetica. Berlin 1895. S. Karger.
5. Hedenius, N. C. 1903.
6. Neißer Pollack, Mitteil. aus dem Grenzgeb. d. Med. X. 1902 S. 453. Siehe hierzu ferner das Sammelreferat von H. Schlesinger in C. f. Gr. 1900 Bd. 3 H. 7.
7. Revue de Med. 1897 (Sabrazès und Cannes).
8. Nawratzki, Z. f. N. XVII.
9. Näcke, N. C. 1895 Nr. 8.
10. Freud, N. C. 1895 Nr. 11.
11. v. Luzenberger, 1896 Nr. 22.
12. Köster, 1897 Nr. 6.
13. Benda, 1897 Nr. 6.
14. Adler, N. C. 1897 Nr. 15.
15. Traugott, Monatsschrift f. Psych. u. Neurologie 1898 Bd. 3.
16. Deutsch. Med. Wochenschrift 1885 Nr. 14, W. Hagr, Neuralgia femoris. Resektion des N. C. f. ant. ext.
17. Warda, N. C. 1897 Nr. 20.
18. Etienne Escat (Revue Neurologique 1895 Nr. 20), Un cas de meralgie parésthésique de Roth du fémorocutané externe.

Lebenslauf.

Ich, Johannes Günther, bin am 25. Februar 1897 in Suschen, Kreis Groß-Wartenberg, als Sohn des Gutsbesitzers Gottlieb Günther und seiner Ehefrau Christiane geb. Piorek, geboren. Ich bin preußischer Staatsangehöriger. Ich besuchte bis zum zehnten Lebensjahre die Volksschule in Suschen, dann die Gymnasien zu Ostrowo in Posen und zu Oels in Schlesien. Am 21. Oktober 1916 trat ich in den Heeresdienst ein und wurde am 13. September 1918 im Felde zum Leutnant d. Res. befördert. Am 26. April 1919 wurde ich bei der medizinischen Fakultät der Friedrich Wilhelms-Universität in Breslau immatrikuliert und habe im November 1920 die ärztliche Vorprüfung und am 25. Juni 1923 die ärztliche Prüfung vollständig bestanden.